

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1921-1922

N° 102

HYSTÉRECTOMIE A PÉDICULE EXTERNE

DANS CERTAINS CAS

DE

FIBROMES GANGRENÉS DE L'UTÉRUS

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 3 Mars 1922

PAR

Jean-Alexandre-Anselme CARRÈRE

Né le 9 février 1895, à Bordeaux (Gironde)

EXTERNE DES HOPITAUX

CROIX DE GUERRE

Examineurs de la Thèse :	{	MM. F. VILLAR	professeur. <i>Président</i>
		CHAVANNAZ	professeur. <i>Juges</i>
		MOURE	professeur. <i>Juges</i>
		PAPIN	agrégé.....

Le candidat répondra aux diverses questions qui lui seront faites
sur l'Enseignement médical

BORDEAUX

IMPRIMERIE MODERNE — A. DESTOUT AINÉ & C^{ie}

139, Rue Sainte-Catherine et 8, Rue Paul-Bert

1922

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1921-1922

N° 102

HYSTÉRECTOMIE A PÉDICULE EXTERNE

DANS CERTAINS CAS

DE

FIBROMES GANGRENÉS DE L'UTÉRUS

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 3 Mars 1922

PAR

Jean-Alexandre-Anselme CARRÈRE

Né le 9 février 1895, à Bordeaux (Gironde)

EXTERNE DES HOPITAUX

CROIX DE GUERRE



Examineurs de la Thèse :	{	MM. F. VILLAR	professeur. <i>Président</i>
		CHAVANNAZ	professeur.
		MOURE	professeur. <i>Juges</i>
		PAPIN	agrégé.....

Le candidat répondra aux diverses questions qui lui seront faites
sur l'Enseignement médical



BORDEAUX

IMPRIMERIE MODERNE — A. DESTOUT AINÉ & C^{ie}

139, Rue Sainte-Catherine et 8, Rue Paul-Bert

1922

Faculté de Médecine et de Pharmacie de Bordeaux

M. SIGALAS Doyen

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. LANELONGUE, BADAL, JOLYET, PITRES, GUILLAUD

PROFESSEURS :

MM.	MM.
Clinique interne.....	Médecine expérimentale.....
Clinique externe.....	Clinique ophtalmologique.....
Pathologie et thérapeutique générales.....	Clinique chirurgicale infantile et Orthopédie.....
Clinique d'accouchements.....	Clinique gynécologique.....
Anatomie pathologique.....	Clinique médicale des maladies des enfants.....
Anatomie.....	Chimie biologique.....
Anatomie générale et histologie.....	Physique pharmaceutique.....
Physiologie.....	Pathologie exotique.....
Hygiène.....	Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....
Médecine légale.....	Clinique des maladies des voies urinaires.....
Physique biologique et Clinique d'électricité médicale.....	Clinique psychiatrique.....
Chimie.....	Clin. d'oto-rhino-laryngologie.....
Botanique et matière médicale.....	Toxicologie.....
Pharmacie.....	
Zoologie et Parasitologie.....	

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM.	MM.
Anatomie et embryologie.....	Médecine générale.....
Histologie.....	Maladies mentales.....
Physiologie.....	Médecine légale.....
Anatomie pathologique.....	Chirurgie générale.....
Parasitologie et Sciences naturelles.....	Obstétrique.....
Physique biologique et médicale.....	Ophtalmologie.....
Chimie biologique et médicale.....	Pharmacie.....
Médecine générale.....	

CHARGÉS DE COURS :

Cours de Clinique dentaire.....	MM. CAVALIÉ
Cours complémentaire de Thérapeutique et Pharmacologie.....	J. CARLES
Cours complémentaire de Médecine opératoire.....	VENOT
Cours complémentaire d'Accouchements.....	PERY
Cours complémentaire d'Ophtalmologie.....	CABANNES
Cours complémentaire de Puericulture.....	ANDERODIAS
Cours complémentaire de Climatologie et Hydrologie médicale.....	SELLIER
Cours complémentaire de démonstrations et préparations pharmaceutiques.....	LABAT
Cours complémentaire de Chimie.....	RANGIER
Cours complémentaire de Vénérologie.....	PETGES
Cours complémentaire de Pathologie interne.....	MAURIAC
Cours complémentaire de Pathologie externe.....	GUYOT
* Cours complémentaire d'orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes.....	ROCHER
Cours complémentaire annexe de prothèse et rééducation professionnelle.....	GOURDON

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MON ONCLE

A MON FRÈRE

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A MONSIEUR LE DOCTEUR VENOT

PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX

CHARGÉ DU COURS COMPLÉMENTAIRE DE MÉDECINE OPÉRATOIRE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR F. VILLAR

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE

DE BORDEAUX

CHIRURGIEN DES HOPITAUX

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE .

AVANT-PROPOS

Sur le point de terminer nos études médicales, c'est pour nous un plaisir autant qu'un devoir de remercier ici les Maîtres qui nous ont dirigé et dont nous nous disposons à mettre à profit l'enseignement.

Nous exprimons toute notre gratitude à MM. les médecins et chirurgiens de la Faculté de médecine de Bordeaux pour leurs leçons si éclairées.

Nous remercions plus particulièrement M. le Professeur agrégé Venot qui nous a accueilli dans son service en 1921-1922 ; nous lui devons le sujet de notre thèse et les nombreux conseils qu'il a bien voulu nous donner pour la composition de ce modeste travail.

Que M. le Professeur F. Villar, qui nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse veuille bien recevoir l'expression de notre profonde reconnaissance.

HYSTÉRECTOMIE A PÉDICULE EXTERNE

DANS CERTAINS CAS

DE

FIBROMES GANGRENÉS DE L'UTÉRUS

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

C'est vers le milieu du siècle dernier, c'est-à-dire au moment où les chirurgiens commencèrent à se montrer plus hardis dans les interventions abdominales, que fut faite la première hystérectomie. Le traitement extra-péritonéal du moignon utérin resté libre fut le premier qu'il vint à l'idée d'appliquer, parce qu'il apparaissait le plus naturel et le plus simple. Il semblait aussi le moins redoutable à une époque où l'on n'était point encore armé contre l'infection et où l'hémorragie interne constituait un des graves dangers à éviter dans les opérations abdominales.

Attirer et conserver le moignon utérin au dehors de la cavité péritonéale, n'était-ce pas laisser à celle-ci un peu moins de risques de s'infecter ? C'était, en outre, permettre de se rendre promptement maître, en les rendant plus apparentes, de ces hémorragies terribles, capables d'entraîner en quelques instants la mort des malades. Telle est la règle opératoire qui semblait donner le plus de chances de succès, la seule capable de mettre à l'abri du danger la délicate séreuse. Mais elle ne put résister longtemps aux coups que lui portèrent les maîtres de l'époque. A mesure qu'ils s'enhardissaient, marchant vers des perfection-

nements nouveaux, ils l'abandonnèrent insensiblement. De nos jours elle est à peu près tombée dans l'oubli.

L'extirpation de l'utérus demandait jadis une audace inouïe. Boyer (de Paris) disait encore, en 1848, dans son *Traité des maladies chirurgicales* : « L'extirpation totale de l'utérus renfermé dans le bassin est une opération cruelle, téméraire, inhumaine, que rien ne peut justifier et qui doit être proscrite de la chirurgie ». Certes, on avait maintes fois enlevé des ovaires. L'ovariotomie était déjà courante et son apparition bien ancienne (1809).

De nombreuses opérées furent délivrées de volumineux kystes ovariens et radicalement guéries. Mais ce n'est que par mégarde qu'on en vint à envisager la possibilité de supprimer l'utérus. Beaucoup de chirurgiens, après avoir entr'ouvert l'abdomen, se trouvèrent en présence, non des tumeurs ovariennes qu'ils avaient diagnostiquées, mais de volumineuses masses fibreuses utérines. Et le petit nombre de ceux qui, ne se contentant pas de refermer prudemment le ventre, voulurent se hasarder à extirper la tumeur, aboutit à des résultats désastreux.

De 1848 à 1851, nous voyons, en Amérique, Atlee se trouver quatre fois en présence de tumeurs fibreuses de l'utérus, s'en tenir à sa découverte et recoudre rapidement l'abdomen. Il en est de même de B. Brown qui, un même nombre de fois, conclut de la même façon. Deam (1848), Cutter (1854), Smith (1856) et plusieurs autres suivirent le même exemple. Bref, on cite un total de 14 cas de semblables laparotomies exploratrices, dont 5 furent suivies de mort. Des opérateurs plus téméraires se laissèrent pourtant tenter.

Dès août 1843, Ch. Clay [de Manchester] ⁽¹⁾ se décida le premier à extirper la matrice, mais sa malade mourut d'hémorragie une heure et demie après l'intervention. Trois mois plus tard, Heath se hasarda aussi ; sa malade fut également emportée d'hémorragie, au bout de dix-sept heures. L'année suivante, Clay fit une nouvelle tentative ; son opérée mourut cette fois de péritonite, le quinzième jour. Ce fut seulement en 1853 qu'un Américain, Burnham, obtint une guérison complète.

(1) *Medical Gazette*, de Londres, 1843.

Mais de ces opérations redoutables aucune n'avait été prévue avant l'intervention : toutes se rattachaient à des erreurs de diagnostic. L'Américain G. Kimball (1855) est le premier chirurgien qui, de propos délibéré, fit une hystérotomie dans un cas de fibrome interstitiel donnant lieu à de violentes hémorragies. Sur trois extirpations de matrices, il eut le bonheur de voir survivre une de ses malades. Il faut ajouter qu'il opérait à sa guise, sans règles, suivant les obstacles, tournant les difficultés à mesure qu'elles se présentaient à lui.

Huit ans après, un Français, Kœberlé, agissant en connaissance de cause, s'impose le premier une méthode opératoire, fixe des règles à l'intervention et détermine exactement le diagnostic. Il pratique l'extirpation du corps de l'utérus et des deux ovaires et sur 8 cas traités obtient 4 guérisons radicales.

Que redoutait-on avant lui ? L'hémorragie et l'infection, auxquelles exposait fatalement la présence, au fond de la cavité pelvienne, de ce segment cervico-utérin sectionné. Une fois la paroi abdominale refermée, les vaisseaux un instant oblitérés se rouvraient, ou bien l'infection, remontant le canal cervical béant, se propageait au péritoine. Le seul moyen de parer à ces accidents inévitables était d'extérioriser ce moignon, source de tout le mal et de le maintenir ainsi hors de l'abdomen jusqu'à la guérison. Telle fut l'origine du traitement extra-péritonéal du pédicule utérin.

Caternault, élève de Kœberlé, réunit, dans sa thèse, 42 cas d'hystérotomies faites jusqu'à ce moment ; mais il ne put grouper que 9 guérisons. Une sorte d'émulation sembla s'emparer dès lors des chirurgiens français, anglais, américains ; c'est à qui publiera un cas d'hystérotomie. On en relève dans presque toutes les revues de l'époque. Les succès sont cependant si rares que l'Académie de médecine s'émeut et condamne formellement l'hystérotomie. A la suite d'un long mémoire présenté par Boinet, le 26 avril 1870, combattant cette intervention qu'il jugeait désastreuse, l'Académie nomma une Commission, composée de Richet et de Demarquay, qu'elle chargea d'enquêter sur la matière. Le rapport terminé en 1872, elle condamna ce

procédé opératoire, malgré les premiers succès manifestes de Kœberlé. Tout en se réservant, par l'intermédiaire de Richet, d'intervenir encore, elle adopta la conclusion du rapport de Demarquay :

« Qu'on ne doit pas toucher aux tumeurs fibreuses ou fibrokystiques lorsqu'elles sont compatibles avec la vie, et que, dans les cas les plus graves, il faut encore les respecter, car la mort est la conséquence presque fatale de la perte de sang et de l'ébranlement de toute l'économie. »

Péan, qui déjà avait utilisé brillamment le procédé de Kœberlé, ne se laissa pas décourager et persévéra dans la voie que venait d'ouvrir son contemporain. Il put réunir plusieurs observations. Or, depuis 1869, époque à laquelle il présenta à l'Académie sa première malade opérée et guérie, jusqu'en 1873, il enregistra 7 guérisons sur 9 amputations sus-vaginales. Il arriva à grouper parmi ses contemporains un total de 44 hystérectomies, parmi lesquelles 14 guérisons et 30 morts. Pris dans l'ensemble les résultats étaient loin d'être engageants. L'année suivante, ils s'annonçaient désastreux en Amérique, où l'on constata 11 morts sur 12 opérations.

En 1875, le Professeur Porro (de Pavie) risqua sur l'utérus gravide ce que Kœberlé avait fait sur l'utérus fibromateux. Tout comme Kœberlé il eut son prédécesseur, mais tout comme lui il eut le mérite d'opérer délibérément, avec une méthode fermement établie avant l'intervention. Il prit exemple sur Storer qui peu de temps auparavant, pratiquant une césarienne, fut obligé d'avoir recours à l'ablation de l'utérus et de ses annexes pour combattre une hémorragie grave qu'il ne pouvait maîtriser. Porro, à la suite de maintes expériences sur des femelles d'animaux, se décida à opérer une de ses malades ayant un bassin rétréci de 4 cent. $\frac{1}{2}$ de diamètre antéro-postérieur. Il proposa l'opération, et le 21 mai 1875, après avoir extrait de l'utérus un enfant vivant, il procéda à l'amputation utéro-ovarienne, fixa le pédicule utérin à la partie inférieure de la plaie abdominale, et la malade put quitter l'hôpital au bout de six semaines.

Avant lui, on redoutait une intervention faite sur un utérus

gorgé de sang, souvent même fortement infecté ; on craignait une hémorragie foudroyante et une inflammation rapide que laissait prévoir une meurtrissure déjà ancienne du tissu utérin.

Après lui, surtout après son succès, ce fut un élan vers ce nouveau procédé obstétrical, qui donnait quelque espoir de sauver deux existences au lieu d'une, ou tout au moins celle de la mère si l'enfant était déjà hors d'état de vivre. En trois ans, de 1875 à 1878, ce sont 15 cas publiés avec 7 guérisons et 8 morts : à Vienne par Braun, à Milan par Chiara, à Fribourg par Hegar, à Berne par Müller, etc.

Fochier, le premier (février 1879), introduisit en France l'amputation utéro-ovarienne chez la femme enceinte, précédant ainsi Tarnier de quelques jours à peine. Peu à peu les cas se multiplient sous les mains habiles de Lucas-Championnière, Dumas (de Montpellier), Guichard (d'Angers) ; la méthode se répand, se vulgarise, suit son chemin en obstétrique et acquiert ses perfectionnements propres.

Nous croyons devoir insister sur la tendance qu'on aurait de nos jours à appeler couramment opération de Porro l'intervention qui consiste à extirper l'utérus et ses annexes et à fixer au dehors le pédicule. Ce procédé date de Kœberlé ; on ne doit attacher le nom de Porro qu'à cette opération effectuée sur l'utérus gravide.

En 1875, Pozzi, dans sa thèse d'agrégation, parvient à réunir dans le monde entier 119 cas d'hystérectomies à pédicule externe, suivis de 77 morts et constituant une mortalité moyenne de 64,7 %. Cette statistique n'a pas grande valeur, car il est incontestable que les succès devinrent plus nombreux à mesure que s'améliora le procédé opératoire. Il montra à son tour que le traitement extra-péritonéal du pédicule était une voie toute pleine d'espérances. Peu à peu, les chirurgiens les plus réputés de l'époque rivalisèrent d'habileté, d'ingéniosité, de labeur pour arriver à perfectionner cette méthode et en tirer le plus de profit.

Kleeberg (d'Odessa) a l'idée, le 8 juillet 1876, de lier provisoirement le pédicule au moyen d'une ligature élastique, pour réaliser l'hémostase d'une façon plus parfaite. En 1878, Martin

recommande systématiquement cette façon d'agir. Mais Schröder (1878) va plus loin ; il abandonne délibérément le pédicule dans l'abdomen avec ligature perdue. Sa tentative audacieuse porte un coup fatal à la méthode extra-péritonéale.

Dès lors, c'est la division en deux camps. Les uns fuient les innovateurs, les autres se lancent à leur suite, essayant d'apporter chacun une modification nouvelle, tâchant d'enrayer la mauvaise impression que laisse, par ses succès lamentables, cette nouvelle intervention si aventureuse. En 1877, Kleeberg, ayant affaire à un pédicule trop gros et trop court, ne put arriver à l'attirer hors de la paroi abdominale. Il le laissa donc en place après avoir suturé le péritoine abdominal au péritoine utérin. Ce traitement de nécessité obtint une guérison. Freund en obtint une deuxième en 1882. Deux ans après, Wolfer-Haker fit sien ce nouveau procédé, après en avoir fixé définitivement les règles : ce fut la méthode mixte, en réalité extra-péritonéale, mais intra-abdominale. Czerny (1879), Kalténbach (1881), Olshausen (1884) substituent la ligature élastique perdue à la ligature simple de Schröder. D'un autre côté, Mikulicz, en 1878, préfère à la ligature en masse du pédicule la ligature isolée des artères utérines. L'année suivante, Schröder a l'idée de recouvrir d'un lambeau de péritoine le col abandonné au fond de la cavité pelvienne. Voilà désormais largement ouverte cette nouvelle voie de l'hystérectomie qu'Hofmeier en 1889 vient élargir encore. De perfectionnement en perfectionnement on en vient peu à peu à l'hystérectomie telle qu'elle est pratiquée de nos jours.

Comme nous le disions plus haut, les désastres qu'obtint tout d'abord ce mode de traitement intra-abdominal du pédicule utérin firent hésiter nombre de chirurgiens. En France, particulièrement, on préféra user encore de prudence : on s'en tint au procédé extra-péritonéal dont les succès devenaient chaque jour plus nombreux, à mesure que s'en vulgarisait l'emploi. En 1883, Pozzi fait connaître chez nous la ligature élastique ; il fait même construire un petit appareil destiné à faciliter la striction du col, et, en 1885, le traitement extra-péritonéal reste encore

pour lui le traitement de choix. Maintenant la méthode se trouve au point ; elle est couramment utilisée en France et son application généralement suivie de succès ; c'est le traitement qui semble le plus sûr. C'est alors que se développent les progrès de l'asepsie et les statistiques s'annoncent plus favorables dans les interventions abdominales. Peu à peu on délaisse cette vieille méthode du traitement externe du pédicule ; on tend de plus en plus à lui substituer le procédé plus radical, plus esthétique, qui consiste à supprimer le moignon utérin devenu une gêne, presque un danger même. Ses défenseurs se font de moins en moins nombreux, ils soutiennent la valeur qui peut lui rester avec moins d'énergie. Cependant nous voyons Tauffer, en 1888, essayer de la perfectionner. Pozzi et Terrier lui laissent, en 1890, quelques indications que Terrillon vient restreindre encore l'année suivante, tout en lui apportant des modifications nouvelles. Le nombre des cas publiés diminue et si l'on excepte l'opération obstétricale de Porro qui demeura encore en vogue, c'est à peine, si depuis le début du xx^e siècle, on peut trouver en France quelques observations ayant trait à cette extériorisation du col nécessitée par un degré élevé d'infection de l'utérus.

En 1903, le Professeur Pollosson (de Lyon) conseille le traitement extra-péritonéal du pédicule pour fibrome gangrené de l'utérus ; il n'a rien changé à la méthode préconisée par lui dix ans auparavant : l'extirpation secondaire précoce du pédicule. En 1904, Rendu, Violet, de la même école, citent encore quelques malades atteintes de la même affection et traitées de la même manière. Le motif d'une pareille intervention, c'est de protéger le péritoine de l'infection, en évitant un épanchement de « matière putride » dans sa cavité et de le mettre à l'abri d'une septicémie rapide qu'une simple goutte de pus suffirait à produire.

CHAPITRE II

D'après cet historique, nous voyons que le traitement extra-péritonéal, recommandé jadis comme seul capable de mener à bien une hystérectomie, est devenu de nos jours d'une extrême rareté. On lui préfère, non sans raison, depuis longtemps déjà, l'hystérectomie abdominale totale ou subtotale; mais il nous semble injuste de le condamner définitivement. Car si l'on peut facilement abandonner le col dans la cavité abdominale sans crainte d'infection, on peut aussi trouver des cas où le maintenir au dehors constitue une des meilleures façons d'agir et reste parfois la seule indication. Après avoir été un traitement de choix, il n'est donc plus actuellement qu'un traitement d'exception; mais il peut devenir un traitement de nécessité.

Si nous étudions, d'une part, ses désavantages et si, d'autre part, nous y opposons les réels profits qu'il est susceptible de nous procurer encore, nous verrons que ce vieux procédé ne mérite pas de disparaître à jamais dans l'oubli.

Le seul inconvénient que l'on puisse reprocher à la méthode extra-péritonéale, mais qui devient en somme négligeable lorsque la vie d'une malade entre en jeu, c'est l'éventration consécutive.

« Lorsque l'hystérectomie a réussi, dit Hegar en 1885, les femmes se trouvent dans un excellent état de santé; on voit seulement se produire des hernies abdominales qui nécessitent le port d'un bandage élastique muni d'une grosse pelote ronde au niveau de la cicatrice. »

Cinq ans plus tard, Terrier déclare : « Le seul inconvénient sérieux que je reproche à ce mode de traitement, c'est le danger de l'éventration qui semble plus fréquent chez les malades

où il a été appliqué ». Routier partage son avis : « Sauf la longueur du traitement, dit-il, sauf la production ultérieure sur la circonférence du moignon d'un certain degré de hernie, si la malade n'a pas toujours porté avec soin une ceinture, je n'ai pas eu d'ennuis à enregistrer. »

L'éventration peut être, en effet, considérée de nos jours comme le seul inconvénient sérieux de la méthode : et la persistance, à la partie inférieure de l'abdomen d'un infundibulum cicatriciel, dû à la rétraction du moignon qui s'y trouve adhérent, a contribué pour une large part à son abandon. Or, si l'on considère que nous avons actuellement plus que jadis, le moyen de remédier à cette éventration, en conseillant à la malade le port d'une ceinture abdominale mieux comprise, ou en ayant au besoin recours à une seconde intervention comme cure radicale de l'éventration, n'est-il pas permis d'affirmer que le traitement extra-péritonéal du pédicule est un traitement fort utile et capable de donner toute satisfaction dans les cas extrêmement rares où il doit être appliqué, ainsi que nous le verrons dans les observations qui vont suivre ?

Les deux grands avantages de la méthode étaient autrefois : de pouvoir facilement parer aux hémorragies, et de mettre plus aisément le pédicule à l'abri de l'infection. De nos jours, nous n'avons plus à redouter l'hémorragie interne, depuis que l'on a commencé à effectuer séparément la ligature des vaisseaux utérins et utéro-ovariens, mais nous avons toujours à redouter l'issue dans le péritoine de sécrétions purulentes susceptibles d'en entraîner rapidement l'infection, particulièrement lorsqu'il s'agit d'un utérus très fortement infecté, dans certains cas de fibromes gangrenés par exemple.

Un autre avantage, inconnu autrefois, est venu s'ajouter au dernier. C'est la rapidité de l'intervention qui durait facilement plusieurs heures. On conçoit toute l'importance d'un procédé capable d'être utilisé avec le moins de risques chez des malades considérablement affaiblies, anémiées, incapables de supporter une opération de longue durée.

Certes, on ne peut pas ériger en règle cette méthode du trai-

tement externe du pédicule et les cas ne se comptent plus où, même dans des fibromes gangrenés de l'utérus, on a avec succès abandonné le col dans la cavité abdominale, sans crainte d'infection.

D'après les observation réunies, on verra quelles peuvent être encore de nos jours les indications opératoires de cet ancien procédé. Nous avons groupé dans notre thèse une série de quatre observations, les seules que nous ayons pu trouver dans les ouvrages ou publications parus à ce sujet. Nous y avons ajouté deux observations nouvelles, recueillies par M. le Professeur agrégé Venot et tirées de sa pratique journalière.

CHAPITRE III

OBSERVATIONS

OBSERVATION I [Résumée]

(M^{re} MOUTET, Thèse de Lyon 1904.)

Malade de quarante-huit ans, mariée et multipare, ayant consulté pour un fibrome de l'utérus plusieurs chirurgiens qui avaient conseillé l'abstention.

En novembre 1911, la malade est prise de violentes douleurs apparaissant par intervalles et durant des périodes de huit à dix heures. En même temps apparaissait un état fébrile constant, la température vespérale dépassait 39°. L'état général devient mauvais, la malade pâlit et s'anémie. En présence de l'aggravation progressive de l'état général et des douleurs devenues intolérables, le Professeur Pollasson décide l'intervention et pratique une hystérectomie à pédicule externe. La pièce enlevée représentait un utérus, dans l'intérieur duquel une masse fibromateuse unique s'était développée. L'ensemble du fibrome présentait un état œdémateux avec un aspect grisâtre en certains points, bleuâtre et violacé en d'autres ; et, sur une partie de la surface, du côté de la cavité utérine, une zone ulcérée correspondait à des débris de fibrome effilochés. La malade, dont la température s'était élevée sous l'influence de la gangrène de la tumeur, vit sa fièvre tomber dès le soir de l'opération.

La guérison eut lieu sans complications, le pédicule externe fut secondairement extirpé dès les premiers jours ; l'amélioration était complète au bout d'un mois. Le soulagement des douleurs avait, bien entendu, immédiatement suivi l'intervention.

OBSERVATION II [Résumée]
(Thèse de MOUTET, Lyon 1904.)

M. C..., âgée de vingt-sept ans, a eu un accouchement normal, il y a quatre ans et deux fausses couches dont la dernière date d'un an.

Règles toujours régulières, abondantes, durant huit jours. Au mois de septembre 1903, au moment des époques, la malade perd de gros caillots de sang, puis un écoulement sanguin persiste tout un mois. En même temps les douleurs s'installent.

L'utérus, de forme régulière, présente le volume d'une grosse tête fœtale. Le col est entr'ouvert ; on sent une masse mollassse, répandant une odeur infecte et qui est prise tout d'abord pour du placenta. Un curettage ramène des lambeaux sphacelés qui font faire le diagnostic de fibrome utérin. On essaie d'enlever la tumeur par les voies naturelles, mais on interrompt l'intervention, craignant de ne pas faire une extirpation complète et satisfaisante.

La malade entre à l'hôpital le 16 octobre. Les douleurs continuent ainsi que les pertes fétides et la température s'élève progressivement jusqu'à 39,5.

Le 22 octobre, M. Pollosson intervient par la laparotomie, reconnaît la présence de l'utérus fibromateux qu'il extériorise ; il place une broche au ras de l'orifice abdominal, puis une ligature élastique. Il fait alors la suture des divers plans (péritoine, muscles, peau) et c'est seulement lorsque l'abdomen est fermé qu'il sectionne l'isthme en partie au thermocautère, en partie au bistouri, en prenant des précautions de protection au moment de l'ouverture de la cavité utérine.

L'état général de la malade commence dès lors à s'améliorer ; sept jours après, on procède à l'extirpation secondaire précoce du pédicule mortifié. On passe un drain abdomino-vaginal. La cicatrisation est terminée au bout d'un mois et la malade quitte l'hôpital.

OBSERVATION III
(RENDU, *Lyon médical*, 1904 p. 111)

Il s'agit d'une malade de quarante-trois ans, ayant depuis une dizaine d'années des pertes rouges de plus en plus abondantes qui l'affaiblis-

saient beaucoup et avaient déterminé finalement un état d'anémie des plus prononcés. Un beau jour en 1901, les hémorragies redoublèrent, la malade n'eut bientôt plus la force de quitter sa chambre, l'appétit disparut et la fièvre survint. Cette femme était émaciée, d'une pâleur cadavérique, littéralement exsangue et prenant des défaillances au moindre effort, notamment lorsqu'elle essayait de se soulever de son lit. .

Il existait un fibrome utérin peu volumineux, atteignant à peine l'ombilic, mais en dehors des signes et des symptômes d'une anémie poussée à la dernière limite nous ne trouvions pas d'organes malades. De plus, l'analyse des urines montrait que celles-ci étaient normales. L'ablation de l'utérus fibromateux nous parut dès lors être la seule chance de salut, car on ne pouvait compter ni sur une hémostase suffisante lors du redoublement des hémorragies amenée par les époques, ni sur les concours de l'appareil digestif, l'appétit faisant totalement défaut et la malade acceptant seulement quelques cuillerées de liquide. Le poulx était filiforme, précipité, sans aucune tension, la respiration très courte et il y avait un état fébrile continu se traduisant par des oscillations de température de 38° à 39°.

Profitant d'un arrêt des pertes, nous attendîmes quelques jours pour permettre à la malade de reprendre ses forces, pratiquant pendant ce temps des injections de sérum artificiel et faisant absorber quelques aliments. Mais l'état général restait sensiblement le même. Le 11 décembre, la température rectale atteignait près de 40° et la perte recommençait. L'opération eut lieu le lendemain ; nous la fîmes par la voie abdominale, la plus sûre, la plus rapide, surtout en cette circonstance. Le fibrome ne faisait qu'un avec l'utérus. Le corps de celui-ci dut être enlevé en totalité avec ses annexes et le moignon cervical fut fixé dans la plaie.

Les suites opératoires furent simples et ne présentèrent rien de particulier, si ce n'est quelques défaillances pendant plusieurs jours. La malade fut assez longue à retrouver ses forces, mais son état s'améliora considérablement à la suite d'un long séjour à Cannes et deux ans après son opération elle jouit d'une santé merveilleuse.

OBSERVATION IV

(VIOLET, *Lyon médical*, 1904, p. 1066)

C'était une femme de quarante-six ans ayant eu deux grossesses normales à terme, l'une à vingt-trois ans, l'autre à vingt-quatre. Depuis deux ans elle avait vu son ventre augmenter de volume et ses pertes menstruelles augmenter d'abondance. Assez brusquement, le 20 octobre 1904, elle est prise de violentes douleurs dans le ventre siégeant au pourtour de l'ombilic et à droite. Les pertes blanches, grisâtres et mal odorantes qui existaient depuis un certain temps augmentent d'intensité et deviennent franchement fétides. La malade fut obligée de garder le lit, elle avait des frissons. Son état s'étant aggravé elle est envoyée à la Charité avec le diagnostic de fausse couche avec infection. Sa température est de 39,6, son pouls est à 120, elle a le facies creux, les paupières infiltrées, la langue rôtie.

A l'examen, on trouve un col entr'ouvert dans lequel on sent à bout de doigt dans la cavité cervicale des débris flottants pouvant être pris pour des membranes. A travers l'abdomen on sentait un corps utérin volumineux, arrondi, régulier, remontant à l'ombilic, de consistance nettement fibromateuse. Dans l'anamnèse on ne relève rien en faveur d'une gravidité, la malade ne présente aucun signe de grossesse. Le Professeur Pollosson fit le diagnostic de fibrome gangrené. L'indication d'hystérectomie à pédicule externe fut immédiatement posée. Traitée trois jours par des lavages intra-utérins au permanganate, la malade est opérée ensuite, son état s'aggravant encore, sa température étant montée jusqu'à 40°. L'intervention fut pratiquée en ayant soin de refermer complètement le ventre avant de sectionner l'utérus. La section de l'utérus donna issue à 4 à 5 grammes de masse putrilagineuse. Le reste de la pièce pesait 850 grammes. Le soir de l'intervention, grande quantité d'albumine dans les urines. Deux jours après se déclarait une parotidite gauche, mais la guérison survint au bout de peu de temps.

Après sa communication Violet conclut : « Nous préconisons dans les fibromes gangréneux du fond de l'utérus l'hystérectomie à pédicule externe, celui-ci permettant le maximum de pro-

tection péritonéale par la fermeture complète de l'abdomen avant toute manœuvre septique ». Il présente ensuite la feuille d'observation d'une autre malade traitée de la même façon quelques années auparavant. La température qui était de 39,8 l'avant-veille de l'opération se maintint la veille à 39,6 pour redescendre, le soir de l'intervention à 37,6.

OBSERVATION V

(M. VENOT, Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux, 12 février 1909)

Vieille femme de soixante-douze ans, entre à l'hôpital pour fibrome gangrené de l'utérus. Etat général grave. Douleurs incessantes. La tumeur laissait sourdre par le vagin une grande quantité de pus bien lié et très fétide. L'hystérectomie à pédicule externe est décidée, l'opération dure à peine vingt minutes. Là, le résultat fut moins heureux. La malade, dont l'état ne cessait pas de s'améliorer depuis l'intervention, succomba rapidement, la paroi abdominale s'étant brusquement reouverte le troisième jour, à la suite d'une violente quinte de toux et la masse intestinale étant restée quelques instants au contact du moignon infecté.

OBSERVATION VI (M. VENOT, *Loc. cit.*)

M^{lle} X..., âgée de quarante-sept ans, entre à l'hôpital, le 8 juin 1921, dans le service de M. le Professeur agrégé Venot.

Antécédents héréditaires. — Rien de particulier.

Antécédents personnels. — Réglée à treize ans. Règles régulières et non douloureuses. Pas de maladies sérieuses jusqu'à dix-huit ans. A cet âge elle est atteinte de chlorose avec anémie extrême, asthénie et pâleur. L'affection dure environ un an, pendant lequel les règles ne disparaissent pas, mais le sang est très pâle. Pas de grossesses.

Histoire de la maladie. — Depuis septembre 1918 la malade se plaint fréquemment de malaises avec congestion de la tête, suffocations, accrues dans la position allongée. Elle n'attache aucune importance à ces troubles divers. Un an après, la malade remarque qu'elle ne peut s'asseoir sans éprouver de la gêne, de la pesanteur dans le bas-ventre.

Cette gêne, considérablement augmentée dans la flexion des cuisses sur le bassin disparaît lorsque la malade se redresse.

En juillet 1920, à l'époque de ses règles, elle est prise de pertes de sang très abondantes qui durent quinze jours environ. Elle n'éprouve aucune douleur. Dès ce moment nombreuses et abondantes métrorragies.

En novembre de la même année, la malade est prise brusquement, au milieu de la nuit, d'une hémorragie intense; le sang coule sans interruption pendant un quart d'heure et d'énormes caillots sont expulsés. La malade éprouve alors une brusque sensation de déchirure dans le bas-ventre, puis l'hémorragie diminue d'intensité, mais un léger écoulement sanguin persiste. Dès ce moment, il n'y a plus un seul arrêt dans les pertes de sang. Le repos n'a aucune influence sur elles; il en résulte une faiblesse extrême.

Un médecin consulté alors découvre une tumeur dans le ventre et conseille l'intervention, mais le traitement radiothérapique préconisé par un autre est préféré. Il dure trois mois, pendant lesquels les douleurs s'accroissent, deviennent intolérables et le volume de la tumeur augmente. Les pertes de sang deviennent continuelles, la fièvre s'installe; la malade se décide enfin à entrer à l'hôpital, le 8 juin, dans le service de M. le Professeur agrégé Venot.

Examinée dès son entrée, elle présente les symptômes suivants : Tumeur abdominale médiane, remontant au voisinage de l'ombilic. Pertes purulentes abondantes, d'odeur infecte. Au toucher, on trouve un col largement ouvert, à travers lequel fait saillie une masse arrondie, de consistance molle. La tumeur abdominale fait corps avec l'utérus, lequel est d'ailleurs très mobile. Au spéculum, cette masse, qui fait saillie à travers le col, a un aspect sphacélique.

La malade est très anémiée, son état général mauvais; elle a une température constante oscillant entre 38° et 39°. Elle n'a aucun appétit, mais ne présente aucun trouble grave du côté de l'intestin, ni de modifications du côté des urines. Pouls petit à 100-110. Le diagnostic est : Volumineux fibrome cavitaires gangrenés de l'utérus.

Le 11 juin, la malade est portée à la salle d'opérations. Il est fait une tentative d'extirpation de la tumeur par les voies naturelles, mais on se rend rapidement compte que l'intervention est impossible, la curette n'enlevant pas de fragments de tumeur et ne faisant qu'effiloche

masse. Dans ces conditions une opération abdominale est décidée et a lieu le 14. Incision longitudinale de l'ombilic au pubis. L'utérus fibromateux est rapidement luxé au dehors ; on fait les quatre ligatures utéro-ovariennes et utérines, puis l'utérus étant fortement maintenu à l'extérieur, le péritoine est soigneusement refermé ; la paroi est reconstituée : surget au calgut pour muscles et aponévroses, agrafes sur la peau. Entre le pédicule et la paroi on établit une collerette de compresses aseptiques, puis l'isthme utérin est traversé par des tiges métalliques au-dessus desquelles l'utérus est sectionné. A ce moment on s'aperçoit que la paroi de l'utérus se déchire sur ces tiges ; le pédicule est alors maintenu au dehors par des pinces de Kocher qui sont placées sur la tranche utérine et maintenues dans le pansement.

L'examen de la pièce montre un volumineux fibrome cavitairé et en même temps interstitiel, occupant tout le fond de l'utérus et dont la portion cavitairé est tout entière gangrenée.

Suites opératoires. — Suppuration abondante du moignon, mais la paroi abdominale ne s'infecte pas, car dans les pansements on s'ingénie à isoler, par des compresses, le moignon de la suture de la paroi. Au bout de huit jours la suppuration est tarie, le moignon diminue de volume et s'invagine lentement. Au bout d'un mois et demi la cicatrisation est complète. L'état général s'est lentement remonté, la malade quitte l'hôpital deux mois après son entrée. A la suite d'un court séjour à la campagne, les forces étant complètement revenues, elle reprend ses occupations.

Nous l'avons revue le lundi 19 décembre 1921, son état est excellent, mais à la partie inférieure de l'abdomen elle présente une éven-tration dans la zone habitée par le moignon, de la largeur d'une pièce de 5 francs.

Les deux dernières observations que nous venons de relater feront l'objet de quelques considérations.

Il est à préciser que la mort de la malade dont il est parlé dans l'Observation V, occasionnée par une péritonite suraiguë, n'est pas attribuable au procédé opératoire utilisé dans le but de la délivrer de son fibrome. Ces suites fâcheuses sont purement accidentelles et dues uniquement au manque de résistance

des parois abdominales. La péritonite fut causée à n'en pas douter par le contact qu'eurent à subir, lors de l'éviscération, les anses intestinales avec le moignon utérin infecté.

On pourrait nous opposer qu'en ayant utilisé un autre procédé opératoire cette éviscération eût pu être sans gravité, puisqu'elle se serait produite dans un milieu aseptique. Mais nous ne devons pas oublier que notre malade très infectée, d'un état général particulièrement grave, réclamait une intervention rapide. Or le traitement externe du pédicule semblait ici franchement indiqué, puisqu'il permettait une grande rapidité d'exécution. L'éviscération s'est produite malgré les soins qu'on apporta à la suture des parois abdominales, malgré les fils d'argent utilisés. Mais les cas d'éviscération sont tellement rares que l'éventualité d'une pareille complication ne semble pas devoir arrêter le chirurgien dans le choix de ce procédé.

Quant à la technique employée, l'usage de la ligature élastique nous paraît être inutile, puisque l'hémostase peut être assurée d'une autre façon.

En outre, la fixation du col au dehors de l'abdomen peut être faite avec des broches, mais dans l'Observation VI nous avons vu que le col, très mou, très friable, se détachait sur ces tiges métalliques et il a été établi, pour le conserver au dehors, une collerette de pinces de Kocher qui l'y ont facilement maintenu largement ouvert. La section de l'utérus achevée, le col fut touché au thermocautère et désinfecté autant que possible immédiatement. Il y eut suppuration, mais provenant uniquement de ce moignon très infecté; suppuration de peu de durée, d'ailleurs, qui ne détermina aucune infection de la suture abdominale. La cicatrisation de la laparotomie se fit par première intention.

CONCLUSIONS

Notre thèse n'a pas pour objet de prétendre remettre en honneur le traitement externe du pédicule, n'y d'essayer d'en placer les avantages en parallèle avec ceux de l'hystérectomie abdominale totale ou subtotale. A n'en pas douter, c'est là d'une façon générale une méthode inférieure à laquelle on ne doit pas songer en présence de cancers, de fibromes de l'utérus, même subissant un degré prononcé de sphacèle, car les progrès actuels nous ont donné le moyen d'éviter facilement la contamination du péritoine. Mais il est des cas où cette contamination péritonéale peut se produire malgré toutes les précautions prises et où la nécessité d'agir vite peut être dictée par la gravité de l'état général de la malade.

Sans trop nous baser sur les statistiques tirées de la thèse de M^{me} Moutet où, dans les fibromes gangrenés de l'utérus opérés par la voie abdominale ordinaire, la mortalité est de 76,6 %, il nous est cependant permis d'avancer que le traitement externe du pédicule peut avoir dans certains cas une indication formelle, en diminuant les risques que la malade peut avoir à courir.

Nous allons brièvement indiquer ces différents cas :

En premier lieu, gangrène très avancée du fibrome et, par suite, infection très prononcée de l'utérus, se traduisant par des phénomènes douloureux, une température soit à grandes oscillations, soit demeurant constante au-dessus de 39°, un pouls extrêmement rapide.

Ensuite, un état général particulièrement grave dû à cette même infection avec abattement ou agitation marqués, face pâle, traits tirés, tension artérielle considérablement abaissée, malade incapable de supporter un *shock* opératoire important, réclamant une intervention rapide.

Enfin, une disposition particulière de la tumeur infectée, tumeur interstitielle par exemple, ou très largement implantée dans le fond de l'utérus, et dont le volume l'oblige à faire saillie à travers le col sans possibilité de réduction, avec un col incapable d'être oblitéré, et dont les essais d'extraction par les voies naturelles demeurent infructueux.

Ce procédé de luxation de l'utérus et de fixation du pédicule à la paroi avant sa section peut être, en effet, utilisé, nous semble-t-il, avec avantage dans les cas que nous avons cités, car dans ces mêmes cas les dangers d'une hystérectomie abdominale proviennent de deux ordres de causes :

D'abord l'infection intense de ce contenu utérin, l'utérus étant largement ouvert au niveau de l'orifice du col, et la contamination possible, au cours des manœuvres, non seulement du péritoine mais encore du tissu cellulaire pelvien ;

Ensuite l'état général déficient des femmes ainsi atteintes, profondément infectées et chez lesquelles il y a nécessité à ne pas prolonger l'acte opératoire.

Or la méthode extra-péritonéale pare aisément aux deux gros inconvénients que nous venons de mentionner, en offrant à leur place deux sérieux avantages :

Ce sont, d'une part, la rapidité d'exécution, d'autre part, le moyen d'éviter l'infection certaine du péritoine et du tissu cellulaire pelvien par le pus pouvant s'écouler de l'isthme sectionné.

L'on est sûr d'aller vite, puisque, la paroi abdominale une fois ouverte, il suffit d'attirer au dehors l'utérus, après l'avoir

libéré de ses adhérences et en avoir ligaturé les vaisseaux, puis de recoudre plan par plan la paroi autour de cet utérus que quelques instants suffiront à détacher ensuite.

L'on est sûr d'obtenir la protection maxima du péritoine, puisqu'on opère en dehors de lui et qu'il est facile de recueillir le pus septique qui s'écoule, lors de la section de l'isthme, le chirurgien n'opérant plus dans cette cavité pelvienne où il est toujours moins aisé d'intervenir.

Vu, bon à imprimer :

Le Président,

D^r F. VILLAR.

Vu :

Le Doyen,

D^r C. SIGALAS.

Vu et permis d'imprimer :

Bordeaux, le 16 février 1922.

Le Recteur de l'Académie,

R. THAMIN.

BIBLIOGRAPHIE

1864. KœBERLÉ. — *Gazette médicale de Strasbourg* : « Documents pour servir à l'histoire de l'extirpation des tumeurs fibreuses de la matrice par la méthode sus-pubienne ».
1866. CATERNAULT. — Thèse de Strasbourg : « Essai sur la gastrotomie dans le cas de tumeurs fibreuses péri-utérines ».
1869. PÉAN. — *Union médicale de Paris*.
1872. *Bulletin de l'Académie de médecine*.
1873. PÉAN et URDY. — « Hystérotomie. De l'ablation partielle ou totale de l'utérus par la gastrotomie ».
1875. POZZI. — Thèse d'agrégation : « De la valeur de l'hystérotomie dans le traitement des tumeurs fibreuses de l'utérus ».
1875. BOINET. — *Gazette hebdomadaire de Paris*.
1879. PÉAN. — Leçons de clinique chirurgicale.
1879. FOCHIER. — *Lyon médical*.
1879. DEBANGE. — *Lyon médical* : « De l'amputation utéro-ovarique comme complément de l'opération césarienne ».
1879. LETOUSEY. — Thèse de Paris : « Hystérectomie sus-vaginale dans le traitement des tumeurs fibreuses utérines ».
1883. CHALOT. — *Annales de gynécologie* : « Du pédicule dans l'opération de Porro ».
1885. POZZI — Congrès français de chirurgie. 1^{re} session. *Comptes rendus* : « Du traitement du pédicule dans l'hystérotomie et de la ligature élastique ».
1885. HEGAR et KALTENBACH. — *Traité de gynécologie opératoire*. Trad. de BAR.
1885. SCHWARTZ (E.). — *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*.
1889. HOFMEIER (M.). — *Manuel de gynécologie opératoire*. Trad. de LAUWERS.
1890. TERRIER. — *Bull. et Mém. de la Soc. de chirurgie*, Paris.
1890. ROUTIER. — *Bull. et Mém. de la Soc. de chirurgie*, Paris.
1890. SEGOND. — *Bull. et Mém. de la Soc. de chirurgie*, Paris.

1891. TERRILLON. — *Comptes rendus*, Congrès de chirurgie de Paris.
1902. PICHEVIN. — *Semaine gynécologique*, Paris.
1902. RICHELOT. — *Chirurgie de l'utérus*.
1903. POLLOSSON. — *Société de chirurgie de Lyon*.
1904. JAYLE (F.). — *Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale*, Paris.
1904. RENDU. — *Lyon médical*.
1904. VIOLET. — *Lyon médical*.
1904. M^{me} MOUTET. — *Thèse de Lyon*.
1909. VENOT. — *Bull. et Mém. Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux*

